

Année 1968

THÈSE

N°

57

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques GIRARD

né le 6 Octobre 1942 à Paris 10e

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

ACCIDENTS PERINATAUX COMPARES
DES FEMMES TRANSPLANTEES VIVANT
DANS LES QUARTIERS INSALUBLES ET LES BIDONVILLES
DE SAINT-DENIS

Etude faite à la Maternité du Centre Hospitalier de Saint-Denis
pendant l'année 1967

Service du Docteur GUILLAUMIN

Président : M. R. MERGER, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1968

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques GIRARD

né le 6 Octobre 1942 à Paris 10e

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

ACCIDENTS PERINATAUX COMPARES
DES FEMMES TRANSPLANTEES VIVANT
DANS LES QUARTIERS INSALUBLES ET LES BIDONVILLES
DE SAINT-DENIS

Etude faite à la Maternité du Centre Hospitalier de Saint-Denis
pendant l'année 1967

Service du Docteur GUILLAUMIN

Président : M. R. MERGER, Professeur

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	{ DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	{ KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	{ Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	{ — BAUMANN (J.)
	{ Cochin LEGER (L.)
	{ Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	{ Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	{ Bicêtre DEPARIS (M.)
	{ Broussais MILLIEZ (P.)
	{ Cochin N...
	{ Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	{ Pitié DREYFUS (G.)
	{ Saint-Antoine CONTE (M.)
	{ Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	BAUDELLOCQUE
	SAINT-ANTOINE
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
— — — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	THIEFFRY (S.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BROUET (G.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	ROUX (M.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	LEMAIRE (A.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	JUDET (R.)
— — — (Necker)	ABOULKER (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	LAPLANE (R.)
— — — (Lariboisière)	DOMART (A.)
— — — (Pitié)	BOUVRAIN (Y.)
— — — (Rothschild)	RAMBERT (P.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS ,

qui par leur exemple et leurs sacrifices ont fait de moi , un Homme et un Médecin .

En témoignage de mon immense affection .

A MA FEMME ,

En témoignage de mon amour .

A MON FRERE .

AUX MIENS ET A TOUS MES AMIS .

A Monsieur le Professeur MERGER

Professeur de Clinique Obstétricale à la
Faculté de Médecine de Paris,

qui me fait le grand honneur de
présider cette thèse,

En témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur GUILLAUMIN,

En témoignage de la grande reconnaissance que je garderai toujours de son cordial accueil, de l'enseignement dont j'ai profité dans son service et de l'aide bienveillante qu'il m'a témoignée au cours de ce travail.

A Monsieur le Docteur BAZIN

A Monsieur le Docteur BOUKRIS.

INTRODUCTION

2444 enfants sont nés à la maternité de St Denis en 1967. Ces enfants sont issus de milieux très différents ; en effet, nous recevons une proportion plus importante que les autres cliniques de la région de femmes d'ouvriers aux ressources modestes mais qui vivent en général dans des conditions décentes, logées dans les HLM de St Denis et des villes alentours. Nous recevons également de nombreuses femmes placées à l'autre extrémité de l'échelle sociale (cadres supérieurs, enseignants, personnel médical et paramédical) à qui le fait d'accoucher " à l'hôpital " ne pose pas de problèmes et qui ont fait ce choix en raison de la sécurité que représente le milieu hospitalier et du confort qu'offre notre établissement.

Entre ces deux catégories se situent les femmes des cadres moyens, qui, dans l'ensemble préfèrent accoucher en clinique.

D'autre part la maternité est implantée dans une banlieue où les constructions de grands ensembles ont attiré ces dernières années des milliers de travailleurs du bâtiment très souvent immigrés de la péninsule ibérique, qui, n'ayant pas trouvé de logements pour eux-mêmes et leurs familles habitent dans plusieurs bidonvilles situés sur la commune de St Denis et sur le territoire de deux communes limitrophes.

Les conditions de vie dans ces bidonvilles sont assez exceptionnelles par le manque d'hygiène, l'humidité, le froid, l'insécurité, et peut-être la sous-nutrition de leurs habitants (la seule année 1967 a connu dans ces bidonvilles quatre incendies graves).

A ces travailleurs ibériens vient s'ajouter une forte proportion de travailleurs nord-africains, proportion qui s'est encore accrue ces cinq dernières années.

Ces travailleurs ramènent plus facilement qu'autrefois leurs femmes en France et continuent à prospérer. Les conditions de vie de ces familles sont très différentes de celles des familles ibériennes. En effet, avant l'année 1961, les travailleurs nord-africains habitaient dans de très nombreux quartiers de St Denis, des maisons vétustes, malsaines, sans eau, mais nettement plus confortables que les baraquements des bidonvilles. Ces maisons furent un moment désertées après les évé-

nements de 1961. Mais à partir de 1962 ces travailleurs y revinrent habiter avec femmes et enfants. Le dépaysement était donc moins grand en particulier pour les hommes qui connaissaient bien les lieux.

Nous recevons également mais en proportion beaucoup moindre des femmes d'ouvriers italiens et depuis quelques mois des femmes yougoslaves. En raison de leur nombre limité ces femmes seront intégrées au groupe témoin.

En dernier lieu, comme tous les centres hospitaliers, nous recevons les femmes qui nous sont adressées par les médecins de ville et des cliniques de la région, en raison de problèmes médicaux ou obstétricaux que leur équipement ne permet pas de résoudre.

La lecture rapide des livres d'accouchements nous permet de faire plusieurs constatations :

1°) Que les femmes nord-africaines qui représentent environ 10 % de nos accouchées nous posent assez peu de problèmes

- Elles accouchent rarement avant terme,
- Ces accouchements sont exceptionnellement dystociques,
- Malgré des enfants de poids très souvent supérieurs à la moyenne.

2°) Que les femmes ibériennes dont la proportion est de 13 % environ sont celles qui nous ont donné le plus de difficultés, avec des enfants semblant souvent hypotrophiques.

Il faut dire qu'exactement 50 % de ces femmes habitent les bidonvilles, soit 6,5 % de la totalité de nos accouchées.

3°) Les autres femmes qui sont pour la plupart métropolitaines et femmes d'ouvriers semblent se situer entre ces deux groupes.

Mais tout ceci n'est qu'une impression donnée par le survol des livres d'accouchements.

Nous allons donc comparer ces trois groupes pour tenter de le confirmer. Nous prendrons le dernier groupe comme témoin.

Ce groupe comprend toutes les femmes exceptées les Ibériennes et les Nord-africaines, soit 77 % de nos accouchées.

Nous étudierons les proportions :

- d'épreuves de travail, de déchirures, d'épisiotomies,
- de forceps, de césariennes,
- de prématurité, de mortinatalité, et de la mortalité néonatale,

- ainsi que le poids des enfants en fonction de la parité.

Nous ferons une étude semblable chez les Ibériennes et chez les Nord-africaines et nous comparerons les résultats.

Pour classer les femmes dans les trois groupes ci-dessus, nos critères de sélection ont été les suivants :

- Pour les Nord-africaines, l'association nom et prénom de la mère, et prénom de l'enfant nous permettaient toujours de les distinguer d'une manière évidente.
- Pour les Ibériennes, les noms et prénoms souvent composés, très souvent catholiques rendaient la reconnaissance également facile.

D'autre part nous avons la liste des adresses des principaux bidonvilles, ce qui nous a permis de calculer le nombre de nos accouchées qui y vivent.

Tous les cas douteux ou point de vue origine ont été mis avec le groupe témoin.

Nos calculs ont été faits de la même manière dans les 3 groupes :

Les proportions d'accouchements dystociques,
de césariennes,
de prématurité,
de mortalité périnatale

ont été faits en prenant tous les cas de l'année 1967.

Les proportions de primiparité, de multiparité et les poids moyens des enfants à la naissance ont été faits sur 100 cas pris au hasard dans chacun des trois groupes.

	Nombre d' accouchements	Pourcentage .
TOTAL	2.444	100 %
Ibériennes	319	13,05 %
Nord-africaines	246	10,06 %
Témoin	1.879	76,89 %

TABEAU I - PROPORTION DE FEMMES IBERIENNES ET NORD-AFRICAINES

ETUDE COMPARATIVE DE LA DYSTOCIE

La lecture du tableau 2 confirme d'emblée ce que nous pensions.

- Le nombre des perfusions docytoçique est presque le double dans le groupe des Ibériennes par rapport au groupe témoin.

- Quant à la fréquence des forceps, elle est une fois et demie supérieure chez les Ibériennes : 7,52 % contre 4,73 % au témoin.

Nous utilisons surtout le forceps Tarnier (9/10^e des cas) et le forceps Suzor. En revanche, nous n'utilisons jamais la ventouse obstétricale, ce qui explique que notre fréquence moyenne est proche de celle des auteurs qui n'utilisent que le forceps.

. Vermelin et Braye à Nancy de 1952 à 1956 ont eu la fréquence suivante, sur 11.640 accouchements 672 forceps, soit 5,8 %.

. Et Vermelin et Ribon à Nancy de 1957 à 1960, sur 9.952 accouchements 659 forceps, soit 6,6 %.

Et ces deux derniers auteurs estiment la fréquence moyenne à 5 %.

Le nombre d'épisiotomies et de déchirures périnéales est à peu près identique dans les trois groupes.

La comparaison des pourcentages d'épisiotomies n'a de valeur que dans la mesure où elle est faite dans un même centre hospitalier, car rien n'est plus variable que la fréquence de cet acte dans la pratique de chacun.

En revanche, nos Nord-africaines ont les chiffres les plus bas : une fois et demie moins de perfusions, deux fois moins de forceps, dix fois moins d'épisiotomies, quatre fois moins de déchirures périnéales.

Quelles en sont les raisons ?

Il est indispensable avant d'essayer de le savoir de consulter les tableaux 3 et 4.

	TOTAL		Ibériennes		Nord-afr.,		Témoins	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Accouchements	2444		319		246		1879	
Perfusions	180	7,36	38	11,92	12	4,88	130	6,92
Forceps	119	4,87	24	7,52	6	2,44	89	4,73
Épisiotomies	461	18,86	56	17,56	7	2,84	398	21,18
Déchirures	159	6,50	12	3,76	5	2,03	142	7,55

TABLÉAU II - PERFUSIONS D'OXYTOCINE, FORCEPS, ÉPISIOTOMIES ET DÉCHIRURES PÉRINEALES, NOMBRES ET FRÉQUENCES.

	Témoins	Ibériennes	Nord-africaines
% 1 pare	38	31	8
% 2 pares	32	30	8
% 3 pares	15	18	15
% 4 pares et +	15	23	71
TOTAL	100	100	100

TABLÉAU III - PROPORTION DES MULTIPARES ET PRIMIPARES.

	Témoins	Ibériennes	Nord-africaines
âge moyen des 1°	22	24	19
âge moyen des 2°	25	29	24
âge moyen des 3°	27	30	25
âge moyen des 4° et +	33	34	30

TABLÉAU IV - ÂGE MOYEN DES MÈRES EN FONCTION DE LA PARITÉ.

Les chiffres très bas des Nord-africaines s'expliquent très facilement par le fait que le nombre des premières et secondes pares est très faible : 14 %. 86 % de ces femmes ont 3 enfants et plus, et il est bien connu que les anomalies du travail et de la phase expulsive sont beaucoup moins fréquentes chez les multipares. D'ailleurs les rares cas de perfusions et de forceps effectués chez les Nord-africaines l'ont été en majorité chez les primipares. En revanche la comparaison entre groupe Témoin et Ibériennes, est plus intéressante, car les proportions de multipares et de primipares sont à peu près identiques.

Le nombre des primipares est un peu inférieur chez les Ibériennes.

Pourquoi, dans ces conditions, les accouchements des Ibériennes sont-ils nettement plus difficiles ?

- La première cause est l'état physique médiocre de ces femmes souvent maigres, fatiguées par leurs conditions de vie particulières, dépayssées et s'intégrant avec beaucoup de difficultés, voire pas du tout, au reste de la population. D'autre part, leur morphologie est souvent moins favorable à un bon accouchement : nous n'avons pas relevé les tailles des mères, mais les femmes de tailles inférieures à 1 m 50 ne sont pas rares dans ce groupe.

Ce mauvais état physique fait que ces femmes sont épuisées, bien avant la fin du travail, d'où anomalie de dilatation avec défaut de contractions utérines. De même au moment de la phase expulsive, l'impossibilité ou le refus de pousser nous conduisent à poser plus fréquemment un forceps.

- La seconde cause est nos langues différentes, notre incompréhension, notre manque total de communication avec ces femmes, qui nous empêchent de les rassurer, de les assister, comme de les stimuler au moment où il le faudrait.

- La troisième cause qui est un peu en rapport avec la précédente est l'agitation des Ibériennes qui réagissent très mal et ne supportent pas la douleur.

Malgré l'insonorisation efficace de nos salles de travail, les cris et hurlements entendus dans les couloirs nous permettent souvent de savoir quelle femme est en travail. A ces manifestations bruyantes, s'ajoutent des gesticulations de toutes sortes qui freinent la marche normale du travail et contribuent à augmenter la fatigue.

Nombre de ces perfusions et forceps pourraient être évités si nous pouvions entrer en contact avec ces femmes et a fortiori s'il leur était intellectuellement possible de suivre la préparation à la méthode d'accouchement psycho-physique.

En effet, sur les 893 femmes qui ont suivi ces cours durant l'année 1967 l'immense majorité faisait partie du groupe témoin. Or, les résultats obtenus par ces accouchées sont intéressants puisque 49 % des participantes ont obtenu la mention "bien" ou "très bien" décernée aux femmes qui restent maitresses d'elles-mêmes et contrôlent bien leur travail. Ce chiffre n'a aucune valeur statistique car " pour juger des résultats, tout ici concourt à la fausseté ; aucun critère, ni subjectif ni objectif ne saurait être retenu, mais c'est nous, médecins, qui constatons la transformation profonde de nos salles de travail". (Merger et Chadeyron).

- Une autre raison à ce taux supérieur de dystocie chez les Ibériennes est le nombre élevé de secondes pares âgées. En effet l'âge moyen des secondes pares est de 29 ans alors qu'il est de 25 ans dans le groupe témoin. Parmi ces secondes pares, 50 % ont entre 31 et 35 ans avec une première grossesse remontant à de nombreuses années. Chez ces secondes pares, le taux d'anomalies est beaucoup plus élevé que chez les secondes pares du groupe témoin, alors qu'il est bien connu que le 2ème accouchement est le plus eutocique de tous chez les multipares.

Cette longue phase de stérilité secondaire apparente est due à la séparation pendant plusieurs années entre le mari venu travailler en France et la femme restée au pays natal, le mari ne ramenant sa femme en France qu'après être certain de la stabilité de son emploi. Cette séparation est bien la seule et unique cause, car on sait que les mauvaises conditions de vie, voire la sous-nutrition n'ont jamais été un frein à l'accroissement des populations, bien au contraire.

COMPARAISON DE LA FREQUENCE DES CESARIENNES

Notre fréquence moyenne de 3,11 % est identique à la moyenne générale de 3,3 % (Granjon et Chevallier).

Il faut noter d'emblée que le taux des césariennes chez les Nord-africaines est pratiquement identique au groupe témoin et que les comparaisons sont sans intérêt vu le petit nombre de cas.

En revanche le taux élevé de césariennes chez les Ibériennes (double par rapport au témoin) mérite une étude plus approfondie.

Dans un premier temps, nous étudierons globalement les différentes indications opératoires des césariennes de façon à voir quelles en sont les plus fréquentes pour pouvoir comparer valablement groupe témoin et Ibériennes.

Notre nouveau groupe témoin sera donc constitué ici par l'ensemble des femmes moins les Ibériennes, c'est à dire l'ex-groupe témoin auquel l'on a ajouté les Nord-africaines.

	Témoin	Ibériennes	N A.	TOTAL
Nbre de césariennes	47	21	8	76
Nbre d'accouchements	1.879	319	246	2.444
Fréquence	2,50 %	6,58 %	3,25 %	3,11 %

TABLEAU V - FREQUENCE DES CESARIENNES.

Indications opératoires des césariennes.

1°) Anomalies du bassin : Bassins généralement rétrécis, aplatis, ronds et canaliculés	17 cas, soit 22 %
2°) Anomalies de dilatation ou d'engagement : Hypocinésies malgré perfusions d'ocytocique dans la majorité des cas	16 cas, soit 21 %
3°) Césariennes de protection foetale : Dépassement de terme, modification des bruits du coeur, liquide teinté, signes toxémiques ou antécédents de toxémie, diabète, antécédents de mort-né, primipares agées	13 cas, soit 17 %
4°) Hémorragies graves, dont 4 de placenta praevia avec un recouvrant	5 cas
5°) Front. bregma	5 cas
6°) Face enclavée	1 cas
7°) Siège avec disproportion foeto- pelvienne	7 cas
8°) Procidence ou procubitus du cordon	3 cas
9°) Epaule. Retraction sur 2ème ju- meau	2 cas
10°) Apoplexie utero-placentaire ..	1 cas
11°) Conduplicato corporé	1 cas

Parmi ces césariennes 29 étaient itératives ou bi-itératives .
Le total de ces différentes indications opératoires est supérieur à 76, car
dans quelques cas les indications sont doubles ou multiples.

Les deux groupes d'indications opératoires les plus fréquentes
étant les césariennes pour anomalies du bassin d'une part et les césarien-
nes pour anomalies de dilatation et de progression, nous ne ferons d'étu-
des comparatives que pour ces deux catégories.

A/ - Césariennes pour anomalies du bassin (Tableau 6)

Ces césariennes pour anomalie du bassin sont presque 5 fois plus fréquentes chez les Ibériennes que dans le groupe témoin. Le bassin des Ibériennes est donc beaucoup moins eutocique. Ceci est logique, car le nombre de femmes de petite taille, le nombre des hyperlordoses est plus élevé sans qu'il nous soit possible de le chiffrer.

Ce nombre élevé de césariennes confirme donc notre impression première. Si le nombre de ces bassins incompatibles avec un accouchement par voie basse est supérieur, il est vraisemblable que le nombre des bassins "limités" entraînant une difficulté de l'engagement est également augmenté.

	Témoin	Ibérienne	TOTAL
Nombre de césariennes	10	7	17
Nombre d'accouchements	2125	319	2444
% de césariennes par rapport aux accouchements	0,47 %	2,20 %	

TABLEAU VI-CESARIENNES POUR ANOMALIES DU BASSIN.

B/ - Césarienne pour anomalies de dilatation et de progression (Tableau 7)

Les chiffres de ces tableaux sont tout à fait comparables aux précédents. Le nombre des césariennes chez les Ibériennes est 4 fois supérieur au groupe témoin.

En plus des difficultés d'engagement dues aux anomalies mineures du bassin, nous pouvons admettre que toutes les causes invoquées au chapitre des épreuves de travail se retrouvent ici :

- Mauvais état physique,
- Extrême agitation entraînant un épuisement précoce,
- Impossibilité de calmer, de rassurer ces femmes en raison de notre manque total de possibilité de communiquer.

	Témoin	Ibérienne	TOTAL
Nombre de césariennes	10	6	16
Nombre d'accouchements	2145	319	2444
% de césariennes par rapport aux accouchements	0,47 %	1,88 %	

TABLEAU VII - CESARIENNES POUR ANOMALIES DE DILATATIONS ET DE PROGRESSION.

ETUDE COMPARATIVE DE LA PREMATURITE

Sur les 2.444 enfants nés à la maternité en 1967, 162 pesaient moins de 2.500 grammes. Ces enfants ont donc été admis au service des prématurés qui fait bloc avec la maternité. Ce service se trouve sous les salles de travail. Le transport des enfants se fait donc en quelques secondes, sans changement de température, sans possibilité de refroidissement pour ces enfants fragiles.

Dans le premier tableau, nous avons noté pour chacun de nos trois groupes : témoin, Ibériennes et Nord-africaines le nombre des enfants en fonction de leur poids de naissance, de 250 grammes en 250 grammes, de 1.000 à 2.500 grammes. (Tableau 8)

Dans le second tableau, nous avons noté les pourcentages d'enfants prématurés en fonction du nombre des accouchements dans chaque groupe. (Tableau 9)

Les chiffres de 1.000 à 2.000 étant trop faibles pour présenter un intérêt en vue d'une comparaison, la grille de notre tableau est un peu simplifiée ; les poids sont notés de 500 en 500, entre 1.000 et 2.000 et de 250 en 250 de 2.000 à 2.500.

A la lecture de ces deux tableaux, il faut noter que le taux des accouchements prématurés est une fois et demie supérieure chez les Ibériennes ce à quoi nous pouvions nous attendre, mais qu'il est également plus élevé chez les Nord-africaines que dans le groupe témoin.

Encore une fois, le mauvais état physique, l'hypotrophie des Ibériennes est la première cause qui vient à l'esprit ; leurs conditions de vie dans les baraquements des bidonvilles sans eau courante, entre autres, obligent ces femmes à faire des efforts que les autres femmes ne connaissent pas.

D'autre part, leur indiscipline, souvent involontaire par non compréhension qui fait qu'elles ne reviennent pas consulter quand on le leur demande, par exemple lorsque l'on a noté une anomalie du col au 6ème ou 7ème mois, les convocations écrites qui s'égarent dans les bidonvilles ou arrivent chez un homonyme. De même parfois, le re-

fus de se faire hospitaliser, et la non poursuite des traitements prescrits pour les mêmes raisons que ci-dessus. Toutes ces causes s'ajoutent et il est bien difficile de savoir quelle est la plus importante.

Une dernière raison est liée à l'hérédité : les femmes de petite taille font des enfants un peu plus petits, nous le verrons au prochain chapitre et un enfant de 2.400 grammes est plus banal et normal chez une femme mesurant 1 m 45 (et le cas n'est pas rare) qu'un enfant de 2.800 grammes chez une femme de 1 m 65 (pourtant cet enfant ne sera pas classé chez les prématurés).

Pour les Nord-africaines l'hypotrophie ne peut être invoquée, ces femmes étant en général obèses.

Mais toutes ces causes liées à l'incompréhension se retrouvent : non observation de nos prescriptions, non réponse à nos convocations pour venir consulter, fatigue, impossibilité de se reposer liée aux familles nombreuses, familles nombreuses qui sont la cause du refus de se faire hospitaliser ou des sorties intempestives en cours de traitement.

P R E M A T U R I T E

	- 1000	1000 à 1250	1250 1500	1500 1750	1750 2000	2000 2250	2250 2500	Total	Nombre d'accouchements
Témoïn	2	3	11	5	10	27	56	114	1879
Ibériennes	0	0	1	3	3	7	15	29	319
Nord-afric.	0	0	0	1	3	7	8	19	246
								162	2444

TABEAU VIII - NOMBRE DE CAS.

	- 1000	1000 à 1500	1500 à 2000	2000 à 2250	2250 à 2500	Total
Témoïn	0,106 %	0,745 %	0,798 %	1,437	2,980	6,067
Ibériennes	0	0,313 %	1,881 %	2,195	4,702	9,091
Nord-afric.	0	0	1,626 %	2,845	3,252	7,724

TABEAU IX - POURCENTAGES DE PREMATURES.

COMPARAISON DU POIDS DE NAISSANCE DES ENFANTS

La première constatation est que les enfants des Ibériennes que nous pensions plus hypotrophiques que les autres, ont un poids effectivement plus faible, mais la différence est peu importante (le poids moyen n'est inférieur que de 70 grammes).

Le poids des enfants de primipares du groupe témoin est même légèrement inférieur au poids des enfants de primipares ibériennes.

L'augmentation bien connue du poids des enfants en fonction de la parité n'est parfaitement sensible et régulière que dans le groupe témoin et chez les Nord-africaines.

Chez les Ibériennes, le poids moyen des enfants des secondes pares est à peine supérieur à celui des primipares. Là encore, l'âge moyen élevé de ces secondes pares : 29 ans contre 25 ans au groupe témoin est peut-être l'explication de cette constatation.

La comparaison témoin, Ibérienne, est tout à fait valable car les proportions respectives de primipares et multipares sont sensiblement identiques (cf. tableau 3). Le poids moyen des enfants de Nord-africaines très supérieur à celui des deux autres groupes s'explique uniquement par le grand nombre de multipares. En effet, bien que le poids des enfants de primipares soit plus élevé (et ceci est vraisemblablement dû à la série plus courte qui a fait que seul des poids élevés se sont succédés), on ne peut attacher de valeur à ces chiffres car les poids des enfants des 2ème et 3ème pares ne sont pas concluants. Les poids des enfants de multipares sont semblables à ceux des deux autres groupes.

Donc, nous pouvons conclure que les Ibériennes n'ont pas plus d'enfants hypotrophiques que les femmes du groupe témoin et que les Nord-africaines ne mettent au monde des gros enfants qu'en raison de leur grande multiparité.

POIDS DES ENFANTS A LA NAISSANCE

	Témoïn	Ibériennes	Nord-africaines
Premières pares	3.030	3.060	3.255
Secondes pares	3.190	3.085	3.070
Troisièmes pares	3.390	2.970	3.200
Quatrièmes pares et plus	3.395	3.370	3.420
5 pares			3.270
6 pares			3.630
7 pares et +			3.430
Poids moyen	3.190	3.120	3.360

TABLEAU X

COMPARAISON DE LA MORTALITE PERINATALE

Comme pour les césariennes, nous ferons d'abord une étude de tous les cas de façon à faire la liste des étiologies les plus fréquemment retrouvées.

Nous verrons ensuite s'il est possible de comparer la mortalité périnatale en fonction de telle ou telle étiologie.

Nous avons recherché systématiquement à chaque fois que les femmes nous ont laissé la possibilité, et surtout dans le cas des morts in utero,

- . la toxoplasmose par les réactions de fixation de complément faites à l'Institut Pasteur.
- . la listeriose par les cultures de placenta, de salives et de lochies éventuellement.
- . évidemment la syphilis.
- . et dans certains cas, recherches de viroses et de rickettsioses.

Nous avons également fait dans la grande majorité des cas l'étude histologique des placentas et dans deux cas des biopsies du lit placentaire. Nous n'avons eu aucune recherche de Toxoplasmose positive. Aucune culture avec recherche de listeria n'a poussé.

Nous avons eu un enfant mort chez une femme syphilitique, mais il ne nous a pas été possible d'apporter la preuve que le tréponème était à l'origine de l'exitus foetal. Alors que de nombreuses femmes porteuses d'une syphilis traitée ou non ont mis au monde des enfants apparemment sains. Quelques cas de recherches d'atteinte virale ou avec Rickettsie ont été positifs à un premier examen, mais ce résultat a été infirmé par un 2ème contrôle sérologique.

Seules les études histologiques des placentas faites systématiquement nous ont donné des résultats encourageants dans de nombreux cas de syndromes toxémiques mineurs (avec hausse modérée de la tension artérielle sans albuminurie par exemple, ou albuminurie isolée) des anomalies placentaires ont permis d'invoquer avec certitu-

de cette étiologie comme cause de la mort foetale. Mais dans d'autres cas, en particulier quand plusieurs diagnostics étaient évoqués, cet examen n'a pas permis de trancher.

MORTALITE IN UTERO

Nous avons eu 18 morts-nés dont 13 macérés, soit 0,74 % (mortalité in utéro moyenne en France 0,80 %).

La répartition des différentes étiologies est la suivante :

Causes certaines :

- Néphropathies gravidiques sans éclampsie dont un cas consécutif à un pheochromocytome et un cas d'apoplexie utero placentaire 4 cas
- Décollement placentaire sans signe toxémique ... 1 cas
- Infection maternelle avec hyperthermie prolongée. 1 cas
- Malformation foetale 1 cas

Causes probables (non certaines) :

- Diabète 1 cas
- Syphilis 1 cas
- Toxémie 1 cas
- Terme dépassé de dix-sept jours 1 cas

Causes inconnues :

dont un accouchement gémellaire avec un enfant vivant et un macéré et un cas d'anasarque foeto placentaire.

MORTALITE EN COURS DE TRAVAIL

On ne peut invoquer avec certitude aucune étiologie.

- Association grande prématurité + traumatisme obstétrical 1 cas

- Prématurité + siège + procidence du cordon	2 cas
- Prématurité + circulaire très serré + traumatisme obstétrical (forceps)	1 cas
- Dans les 3 autres cas la seule prématurité peut difficilement expliquer l'exitus	3 cas
Deux cas de siège très facile. Un cas de deuxième jumeau extrait par le siège et décédé précocement alors que le premier jumeau est bien portant.	
- Aucune étiologie	1 cas

MORTALITE POST-NATALE JUSQU'AU 10ème JOUR

11 enfants sont décédés précocement soit à la Maternité, soit dans le service de pédiatrie du Centre hospitalier de Saint-Denis.

17 enfants sont décédés dans le service des prématurés.

1/ - Enfants décédés non prématurés :

- Le groupe des malformations est le plus important; il représente à lui seul plus d'un tiers des cas	5 cas
- Incompatibilité Rhesus probable avec grande fragilité vasculaire	1 cas
- Hémorragies méningées simples	1 cas
- " " + anasarque foeto-placentaire	1 cas
- Hémorragies méningées + désordres métaboliques graves	1 cas
- Hémorragies diffuses avec syndrome toxémique ...	2 cas
- Membrane hyaline	1 cas

2/ - Enfants décédés prématurés :

Nous avons tenté dans tous les cas de trouver une étiologie qui puisse expliquer l'accouchement prématuré. Les causes des décès des enfants étaient intéressantes et la plupart du temps faciles à comprendre : membrane hyaline, syndromes hémorragiques diffus, etc...

- Hématome retro placentaire avec signes toxémiques	1 cas
- " " " sans " "	1 cas
- Rupture précoce des membranes	4 cas
- Hémorragie avec signes toxémiques	1 cas
- Placenta praevia (dont un recouvrant)	2 cas
- Gemellite : 2 enfants morts	1 cas
1 enfant mort	2 cas
- Beance isthmique probable	2 cas
- Cause totalement inconnue	2 cas

Total des enfants décédés :

In utero	18)	
	)	Mortinatalité 26
En cours de travail	8)	
Jusqu'au 10ème jour		
Non prématurés	12)	Mortalité
Prématurés	16)	néonatale 28
Total	54	

La prématurité constitue comme dans toutes les études qui ont été faites antérieurement, le groupe le plus important ; elle représente à elle seule 43 % des cas (23 sur 54).

Le second groupe est représenté par les dysgravidies : 15 % (8 cas sur 54).

Vient ensuite le groupe des malformations léthales : 10 % (5 cas)

Les causes inconnues représentent environ 20 % des cas et 30 % des morts in utero .

COMPARAISON DE LA MORTALITE PERINATALE (Tableau 11)

Le nombre de cas de mortalité étant relativement peu important, il ne nous a pas été possible de faire une étude valable comparative des différentes étiologies retrouvées dans les trois groupes.

Il nous faut noter qu'une fois encore, malgré des conditions obstétricales identiques pour les trois groupes, la mortalité est une fois et demie plus élevée chez ces femmes transplantées, chez les Ibériennes comme chez les Nord-africaines.

Je pense que si le nombre de nos cas avait été suffisant pour séparer, mortalité in utéro, mortalité en cours de travail, et mortalité post-natale, la différence aurait surtout porté sur les deux dernières.

En effet, dans la plupart des cas, nous sommes totalement impuissants pour réduire la mortalité in utéro, nous sommes pratiquement toujours mis devant le fait accompli. Donc, que la femme soit métropolitaine, Ibérienne ou Nord-africaine, cela ne change pas grand chose, et nos installations obstétricales modernes, ainsi que la surveillance médicale stricte n'y peuvent plus rien changer. En revanche, pour ce qui concerne la mortalité en cours de travail et la mortalité post-natale, toutes les causes étudiées précédemment peuvent à nouveau être invoquées :

Ici, en premier lieu l'augmentation du taux de prématurité tout à fait parallèle à celle de la mortalité, l'indiscipline, la non réponse aux convocations de la consultation, le refus de se faire hospitaliser en cas d'anomalies notées à une consultation et toutes les conditions de vie défavorables, les familles trop nombreuses, l'absence d'hygiène, etc...

Toutes ces causes s'ajoutent et il est difficile de savoir s'il en est une plus importante que les autres.

	Témoïn	Ibérienne	Nord-afri.	Total
Nbre d'accouche- ments	1879	319	246	2444
Nbre de morts	38	9	7	54
Fréquence	2,03 %	2,82 %	2,84 %	2,21 %

TABLEAU XI - COMPARAISON DE LA MORTALITE PERINATALE.

La comparaison de nos chiffres avec ceux des statistiques espagnoles, portugaises ou Nord-africaines aurait été intéressante à la condition d'avoir des chiffres issus des grands centres hospitaliers et non des chiffres nationaux toujours plus mauvais, ceci étant valable dans tous les pays.

CONCLUSION

Nous avons comparé la dystocie, la prématurité, le poids des enfants et la mortalité prénatale, entre un groupe de femmes témoins vivant dans des conditions décentes et deux groupes de femmes transplantées, les premières d'origine Nord-africaine habitant les quartiers insalubres de Saint-Denis, les secondes d'origine Ibérienne habitant en majorité dans les bidonvilles de Saint-Denis.

Toutes ces femmes quelles que soient leurs origines, ont à leur disposition pour être surveillées durant la grossesse et pour accoucher, la même équipe médicale, les mêmes installations modernes.

Nous avons constaté :

1°) Que les Ibériennes sont les femmes qui nous ont posé le plus de problèmes. Ces accouchements ont nécessité :

- Deux fois plus de perfusions d'ocytocique,
- Une fois et demie plus de forceps,
- Deux fois plus de césariennes,
- Les fréquences de la prématurité et de la mortalité périnatale sont une fois et demie supérieures à celles du groupe témoin. En revanche, le poids des enfants à la naissance n'est que très légèrement plus faible que dans le groupe témoin.

Nous pensons que les causes en sont les suivantes :

- L'état physique médiocre des femmes,
- Leur morphologie moins favorable à un accouchement eutocique, petite taille, déviations du bassin et de la colonne vertébrale plus fréquentes (ces femmes venant souvent des provinces les plus pauvres et les plus déshéritées de l'Espagne et du Portugal),
- Leurs mauvaises conditions de vie, dans des bidonvilles, sans eau courante (ou avec un poste d'eau pour plusieurs centaines de familles), humides, boueux, mal chauffés, très insalubres où rien ne peut éviter la fatigue de la future mère,

- Nos langues différentes qui font que ces femmes ne comprennent pas toujours nos conseils thérapeutiques et qui ne leur permettent pas de suivre la préparation à la méthode d'accouchement psychophysique qui leur serait pourtant du plus grand intérêt en raison de leur agitation bien méditerranéenne au moment de l'accouchement.

2°) Que les Nord-africaines nous posent apparemment moins de problèmes, en particulier en ce qui concerne la dystocie.

Ceci est uniquement dû au faible nombre d'accouchements de primipares et il est vraisemblable que si nous n'avions comparé que les primipares de chacun des trois groupes, nos conclusions eussent été différentes. Le poids élevé des enfants nord-africains à la naissance est lui aussi directement lié à la grande multiparité. Les taux de prématurité et de mortalité périnatale sont également très supérieurs à ceux du groupe témoin et ceci pour les mêmes raisons que celles énoncées pour les femmes ibériennes (excepté pour l'hypotrophie remplacée par une obésité plus fréquente).

La meilleure chose que nous ayons à faire est :

- a) d'éduquer ces femmes, de leur apprendre notre langue, et à partir de ce moment bien des obstacles disparaîtront.
- b) de leur donner des moyens de vivre dans des conditions décentes ; mais là encore il faut les éduquer car l'existence des cités d'urgence construites dans la région parisienne et retransformées en quelques mois en bidonvilles nous prouve que faire l'un sans l'autre est vain.

Vu le Président de Thèse,

M. le Professeur MERGER

Vu le Doyen de la Faculté

M. le Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALBINET U. De la dystocie au Maroc.
Thèse Toulouse, 1953, n° 84, 51 pages.
- 2 - BENE R. Augmentation des risques de dystocie chez les immigrées récentes.
Gynec. Obst. sept-oct. 1966, 65, n° 4 - 533-536.
- 3 - BONAFOS M. et ARANZANA A.
La dystocie dans le bled algérien.
Gynec. Obst. (suppl.), 1951, 3, n° 2, 255-256.
- 4 - BONHOMME J. et TORRE M.Ph.
La Femme Nord-Africaine dans les services de gynécologie-maternité des hôpitaux de la région de Paris.
Gaz. méd. France, 25 oct. 1961, 68, n° 20, 2311-2314.
- 5 - BROARDO P. La maternité d'Alger et son oeuvre (1925-1955)
Thèse - Alger, 1955, n° 1.
- 6 - CISMIGIU F. Facteurs de mortalité et dystocie en milieu marocain.
Maroc méd., nov. 1952, n° 330, 971-978, 4 tabl.
(Bibliogr.)
- 7 - DIJON H. Etudes récentes sur la corrélation entre le niveau socio-culturel et le nombre des naissances.
Semaine méd. (suppl. Sem. Hôp. Paris), 20 mai 1963, 39, n° 10, 219.
- 8 - GARCIA-ALFONSO F.
Influence du niveau de vie comme cause de prématurité à Séville.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1963, 15, n° 5bis, 375-376.

- 9 - GAROT L. Les causes principales de la mortalité périnatale.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. juin-août 1966, 18
n° 3.214.
- 10 - GILLOT F. Etiologie et prophylaxie de la prématurité.
Rev. Praticien, 11 fév. 1967, 17, n° 5, 555-562
- 11 - GRANJON A. et CHEVALLIER G.
Opérations Césariennes abdominales
E.M.C. Obstétrique - Janvier 68, 5102, A 10.
- 12 - LELONG M., VARANGOT J., MAYER M., ALISON F. et
MINKOWSKI A.
La mortalité périnatale et les moyens de la réduire
Pédiatrie, 1958, 45, n° 8, 923-930.
- 13 - LEPAGE F., BOESWILLWALD M., BIGEY L. et JUBECOURT B.
La mortalité périnatale à la Maternité Pinard de 1957
à 1961.
Gynéc. Obst., juin-juil. 1963, 62, n° 3, 301-314,
(Bibliogr.)
- 14 - LEPAGE F., BOESWILLWALD M., BIGEY L. et JUBECOURT B.
La mortalité périnatale à la Maternité Pinard de
1957 à 1961 (rectificatif.)
Gynéc. Obst. août-oct. 1963, 62, n° 4, 594.
- 15 - MAGNIN P. Le rôle des rétrécissements pelviens dans la mortalité
et la morbidité néo-natale.
Gynéc. Obst. janv-mars 1959, 58, n° 1, 65-78,
(Bibliogr.)
- 16 - MAGNIN P. , GABRIEL H. et AKNIN M.
Fréquence et causes de la Mort du fœtus in utero
La Presse Médicale déc 66 - 74, n° 54, 2789-2794.
- 17 - MENCHACA F.J. Facteurs sociaux de la prématurité
Courrier, fév. 1964, 14, n° 2, 76-81 (Bibliogr.)
- 18 - MERGER R. HAQUIN Ch. et MELCHIOR J.
Les causes médico-sociales de la prématurité.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1963, 15, n° 5bis,
385-389.
- 19 - MERGER R. et CHADEYRON P.A.
Méthodes psychophysiques de préparation à l'accouchement.
E.M.C. Obstétrique - Mai 65 - 5017 H 10.

20 - QUILLET A.J.D.

Etude comparative de la prématurité à la clinique
Baudelocque durant 4 années consécutives à 30 an-
nées d'intervalle avec étude plus particulière de la
mortalité précoce.

Thèse Paris, 1961, n° 434 - 85 pages.

21 - ROUX C., ROUQUETTE C. et GAULIER M.

Bilan d'une année d'activité de la Maternité de
l'Hôpital Saint-Antoine. (1963)

Rev. franç. Gyn. Obst. oct. 1967, 62, n° 10,
551-555.

22 - SANGUY Ch. IV - L'organisation obstétricale et la lutte contre
la dystocie au Maroc.

Gyn. Obst. (suppl.) 1952, 4, n° 1bis, 385-400.

23 - SCEMLA J. et VALENSI J.G.

111 - La lutte contre la dystocie en Tunisie

Gyn. Obst. (suppl.) 1952, 4, n° 1bis, 361-384.

24 - TOULOUSE R., CADRE M., et LE CORNU M.

Etude de la morbidité et de la mortalité néo-natale
à la Maternité de C.H.U. de Rennes

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. nov-déc. 1964, 16,
n° 5, 611-612.

25 - VERMELIN H. et RIBON H.

Forceps et Leviers

E.M.C. Obst. Mai 61, 5095 A 10 - A 30.

26 - DE LA VILLA RODRIGUEZ L. et DE LA VILLA MARTIN-CEREZO E.

La mortalité périnatale à la lumière de notre expé-
rience de 15.750 naissances.

Rev. clin. españ., 31 déc. 1960, (Résumé français).

